

ESTADO DE MASSACHUSETTS
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL (DMH, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN TEMPORAL INVOLUNTARIA

Capítulo 123, secciones 12 a) y 12 b) de las Leyes Generales de Massachusetts (M.G.L., por sus siglas en inglés)
Solicitud de conformidad con la sección 12 a)

1). Solicitud a (nombre del centro): _____

2). Por la presente solicito la admisión de (nombre de la persona): _____

Dirección: _____ Ciudad / Pueblo: _____ Estado: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F

al centro mencionado anteriormente de conformidad con el capítulo 123, sección 12 a) de M.G.L. Por la presente autorizo el transporte y el uso de sujeción de la persona mencionada anteriormente, pero solo si es necesario para garantizar la seguridad de la persona transportada o de otras personas que puedan entrar en contacto con ella. Capítulo 123, sección 21 de M.G.L.

De acuerdo con mi examen¹, es mi opinión que la persona requiere hospitalización en el centro mencionado anteriormente para evitar la probabilidad de daños graves a causa de una enfermedad mental. La evidencia que respalda mi opinión incluye:

A). Enfermedad mental: para fines de admisión a un centro hospitalario según la sección 12, "Enfermedad mental" significa un trastorno sustancial del pensamiento, el estado de ánimo, la percepción, la orientación o la memoria que perjudica de forma grave el juicio, el comportamiento, la capacidad para reconocer la realidad o para satisfacer las obligaciones ordinarias de la vida. Los síntomas causados únicamente por discapacidades intelectuales o del desarrollo, trastorno del espectro autista, lesión cerebral traumática o trastornos psiquiátricos o del comportamiento o los síntomas debidos a otra afección médica, como se indica en la edición más reciente del *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (DSM, por sus siglas en inglés) publicado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, o salvo lo establecido en 104 CMR 27.18, los trastornos por abuso de alcohol y sustancias no constituyen una enfermedad mental grave; siempre que, sin embargo, la presencia de dichas condiciones que existen de forma simultánea con una enfermedad mental no descalifique a una persona que de hecho cumpla con los criterios para la admisión a un centro de salud mental. Especifique la evidencia e incluya comportamiento y síntomas:

B). Probabilidad de daño grave (marque todas las categorías que correspondan):

(1) Riesgo sustancial de daño físico a su propia persona, que se manifiesta a través de evidencia de amenazas o intentos de suicidio o daño corporal grave; y / o

(2) Riesgo sustancial de daño físico a otras personas, que se manifiesta a través de comportamientos homicidas u otro comportamiento violento o evidencia de que otras personas tienen un temor razonable a comportamientos violentos y daño físico grave hacia ellos; y / o

(3) Riesgo muy sustancial de daño físico o daño a su propia persona, que se manifiesta a través de evidencia de que el juicio de dicha persona está tan afectado que no puede protegerse a sí misma en la comunidad y no es posible proveerle una protección razonable en la comunidad.

Especifique la evidencia e incluya comportamiento y síntomas: _____

3). **Certificación del solicitante** (marque todas las casillas que correspondan)

a. Soy un: Médico licenciado Psicólogo calificado (es decir, licenciado) Enfermero registrado de práctica avanzada Trabajador social clínico independiente con licencia (LICSW) Oficial de policía

b. He examinado No he examinado personalmente a esta persona. Si la respuesta es negativa, ¿por qué no?

c. He consultado con el centro receptor o con el programa de detección de emergencia.

d. No lo he consultado porque

Nombre del solicitante (no el paciente):

(en letra de imprenta) _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad / Pueblo: _____ Estado: _____

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____ Hora: _____

NOTA: Las partes 1) a la 3), anteriores, deben llenarse para solicitar la hospitalización involuntaria.

Formulario AA-5

Consulte el reverso para la sección 12 b)

Revisado: 30-Sep-2021

¹ Si no es posible realizar un examen debido a la emergencia del caso y la negativa de la persona a dar su consentimiento para dicho examen, el médico, psicólogo calificado, enfermero registrado de práctica avanzada o trabajador social clínico independiente con licencia puede, con base en los hechos y las circunstancias, determinar que la hospitalización es necesaria y, por lo tanto, puede llevarse a cabo. Capítulo 123, sección 12 a) de las Leyes Generales (G.L., por sus siglas en inglés)

Autorización de conformidad con la sección 12 b)

Autorización del médico designado*:

(NOTA: Las casillas A. a G., a continuación, deben marcarse para autorizar una admisión involuntaria a un centro de conformidad con la sección 12 b)).

- A. Soy un médico designado* del centro antes mencionado con autoridad para autorizar admisiones de conformidad con la sección 12 b).
- B. He examinado personalmente a esta persona.
 - dentro de las dos (2) horas posteriores a su llegada al centro.
 - más de dos (2) horas después de su llegada al centro debido a que estaba ocupado en una situación de emergencia.** La situación de emergencia fue:

_____ y examiné al paciente a las ____ a. m. / p. m.

- C. Esta persona no requiere atención médica o quirúrgica de emergencia o para pacientes hospitalizados.
- D. Le he ofrecido a esta persona una solicitud de atención y tratamiento de forma voluntaria condicional y la persona:
 - (se debe marcar una de las dos casillas a continuación para proceder con una autorización de la sección 12 b))
 - se negó a firmar, o
 - la solicitud fue rechazada (las razones por las que se rechazó la solicitud deben indicarse en la solicitud y la solicitud rechazada pasará a formar parte del historial médico de esta persona en el centro).

Nota: la norma 104 CMR 27.07(1) establece que se debe ofrecer al paciente la oportunidad de cambiar al estado voluntario condicional nuevamente en un plazo de tres (3) días después de la admisión.

- E. Estoy de acuerdo con la recomendación del solicitante y he realizado un examen psiquiátrico para respaldar esta conclusión. En su defecto, soy el solicitante, he examinado personalmente a esta persona y he llenado las secciones **1), 2), 2A)** y **2B)** en el reverso de este formulario.
- F. En mi opinión, en la actualidad no existe una ubicación menos restrictiva que sea apropiada para esta persona, a la que está dispuesta a ir.
- G. Autorizo la admisión de esta persona.
- H. Rechazo esta solicitud de admisión por las siguientes razones:

Nombre del médico designado (en letra de imprenta): _____ Teléfono: _____
Dirección: _____

Firma del médico designado: _____
Fecha: _____ Hora: _____

* Un médico o un enfermero registrado de práctica avanzada calificada, autorizado, si corresponde, por el Departamento de conformidad con la norma 104 CMR 33.00 **

** Consulte la norma 104 CMR 27.07 (2)